



.....
Screening na
.....
užívání návykových
.....
látek v těhotenství:
.....
lepší péče, lepší
.....
zdraví
.....

Česká adaptace této publikace vznikla ve spolupráci s projektem OPVVV „Zvýšení kvality vzdělávání na UK a jeho relevance pro potřeby trhu práce“ č. CZ.02.2.69/0.0/0.0/16_015/0002362.



EVROPSKÁ UNIE
Evropské strukturální a investiční fondy
Operační program Výzkum, vývoj a vzdělávání



MINISTERSTVO ŠKOLSTVÍ,
MLÁDEŽE A TĚLOVÝCHOVY



.....

Screening na
.....
užívání návykových
.....
látek v těhotenství:
.....
lepší péče, lepší
.....
zdraví.....
.....

Autoři:

Barbara Morse, Ph.D.
Shelly Gehshan, M.P.P.
Ellen Hutchins, Sc.D.

Vydalo

Národní centrum pro vzdělávání v oblasti péče o zdraví matek a dětí
(National Center for Education in Maternal and Child Health)
Arlington, Virginia

Doporučená citace:

Morse B., Gehshan S., Hutchins E. 1997. *Screening for Substance Abuse During Pregnancy: Improving Care, Improving Health*. Arlington, VA: National Center for Education in Maternal and Child Health.

Publikace *Screening for Substance Abuse During Pregnancy: Improving Care, Improving Health*

není chráněna autorskými právy. Čtenáři mohou volně reprodukovat a využívat všechny nebo dílčí informace v ní obsažené.

V souladu s přijatými publikačními standardy požaduje Národní centrum pro vzdělávání v oblasti péče o zdraví matek a dětí (NCEMCH) písemný odkaz na tento původní zdroj u všech informací přetištěných v jiných publikacích.

Úkolem Národního centra pro vzdělávání v oblasti péče o zdraví matek a dětí (NCEMCH) je podporovat a zlepšovat zdraví, informovanost a osobní blaho dětí a rodin realizováním celonárodních aktivit směřujících ke shromažďování, zpracovávání a šíření informačních a vzdělávacích materiálů s tematikou péče o zdraví matek a dětí a rozvíjením spolupráce se státními institucemi, dobrovolnickými a profesními organizacemi, výzkumnými a školicími programy, pracovišti zabývajícími se strategickým a metodickým vedením a dalšími subjekty na zvyšování odborných předpokladů pro realizaci programů, poskytování služeb a tvorbu příslušných politik. NCEMCH, které vzniklo v roce 1982 při Georgetownské univerzitě, je součástí Georgetownského institutu pro veřejnou politiku. NCEMCH je primárně financováno americkým ministerstvem zdravotnictví prostřednictvím jeho úřadu pro péči o zdraví matek a dětí.

ISBN 1-57285-042-6

Vydalo:

Národní centrum pro vzdělávání v oblasti péče o zdraví matek a dětí

(National Center for Education in Maternal and Child Health)

2000 15th Street, North, Suite 701

Arlington, VA 22201-2617

(703) 524-7802

(703) 524-9335 fax

E-mail: info@ncemch.org

www: <http://www.ncemch.org>

Jednotlivé výtisky této publikace lze bezplatně získat na adrese:

National Maternal and Child Health Clearinghouse

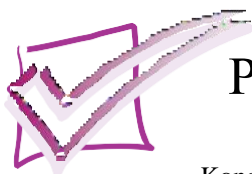
2070 Chain Bridge Road, Suite 450

Vienna, VA 22182-2536

(703) 356-1964

(703) 821-2098 fax

Tuto publikaci zpracovalo Národní centrum pro vzdělávání v oblasti péče o zdraví matek a dětí na základě smlouvy o spolupráci (MCU-119301) s Úřadem pro péči o zdraví matek a dětí, který je dílčím pracovištěm amerického ministerstva zdravotnictví a sociálních služeb (Maternal and Child Bureau, Health Resources and Services Administration, Public Health Services. U.S. Department of Health and Human Services).



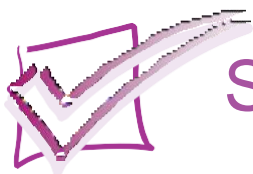
Poděkování

Koncepce tohoto dokumentu byla schválena na zasedání pořádaném v červenci roku 1992 Centrem pro prevenci zneužívání návykových látek (Center for Substance Abuse Prevention) pod záštitou Národního centra pro prevenci zneužívání alkoholu a jiných návykových látek v těhotenství (National Resource Center for the Prevention of Perinatal Abuse of Alcohol and Other Drugs). Cílem tohoto setkání bylo zmapovat stávající nástroje určené k záchytu a vyhodnocení možných problémů v oblasti užívání návykových látek a připravit referenční manuál. Úřad pro péči o zdraví matek a dětí (Maternal and Child Health Bureau) by rád poděkoval účastníkům tohoto zasedání, jakož i následujícím osobám, které recenzovaly návrhy znění tohoto dokumentu a pomáhaly při výběru několika screeningových nástrojů aplikovatelných v klinickém prostředí u těhotných žen: Gene Burkett, M.D., Perinatal Division, University of Miami, Miami, FL; Donna Caldwell, Ph.D., National Perinatal Information Center, Providence, RI; Grace Chang, M.D., Harvard School of Medicine, Boston, MA; Ira Chasnoff, M.D., National Association for Families, Addiction Research and Education, Chicago, IL; Wendy Chavkin, M.D., M.P.H., Chemical Dependency Institute, Beth Israel Medical Center, New York, NY; Nancy Day, Ph.D., Western Psychiatric Institute and Clinic, Pittsburgh, PA; Karol Kaltenbach, Ph.D., Family Center, Jefferson Medical College, Thomas Jefferson University, Philadelphia, PA; Sandra Lapham, M.D., Substance Abuse Research Program, Lovelace Medical Foundation, Albuquerque, NM; Susan Martier, Ph.D., Hutzel Hospital, Detroit, MI; Pat Paluzzi, C.N.M., American College of Nurse-Midwives, Washington, DC; Elizabeth Rahdert, Ph.D., Division of Clinical and Services Research, NIDA, Rockville, MD; Marcia Russell, Ph.D.,

Research Institute on Addictions, Buffalo, NY; Sydney Schnoll, M.D., M.P.H., Division of Substance Abuse Medicine, Virginia Commonwealth University, Richmond, VA a Robert A. Welch, M.D., Department of OB/GYN, Providence Hospital, Detroit, MI.

Tento dokument zpracovali: Barbara A. Morse, Ph.D., Director, Fetal Alcohol Education Program, Boston University School of Medicine, Boston, MA; Shelly Gehshan, M.P.P., Program Principal, Forum for State Health Policy Leadership, National Conference of State Legislatures, Washington, DC a Ellen Hutchins, Sc.D., Health Care Administrator, Maternal and Child Health Bureau, Health Resources and Services Administration, U.S. Department of Health and Human Services, Rockville, MD.

Redakční a grafické zpracování zajistili Judith Serevino, editorka National Center for Education in Maternal and Child Health (NCEMCH), Arlington, VA a Oliver Green, grafik NCEMCH a Carol Adams, M.A., ředitelka odboru komunikace NCEMCH.



SHRNUTÍ

Užívání návykových látek v těhotenství představuje závažný problém

- 5–10 % všech žen má během těhotenství problémy s užíváním návykových látek.
- Užívání návykových látek přispívá k porodním a pediatrickým komplikacím, včetně fetálního alkoholového syndromu, předčasného porodu a abrupce placenty.
- Adiktologická léčba během těhotenství je výrazně efektivnější než v jiných fázích života ženy.

Screeningové nástroje jsou nejefektivnějším způsobem zjišťování rizika

- Laboratorní testy a toxikologie moči nejsou efektivními způsoby rozpoznávání možného problému s užíváním návykových látek.
- Prokazatelnou efektivitu při zjišťování možného užívání alkoholu a jiných návykových látek v rámci prenatalní péče vykazuje aplikace rychlých krátkých dotazníků.
- Těhotné ženy uvádějí své poskytovatele zdravotní péče jako nejlepší zdroj informací a zpravidla se jejich radami také řídí.

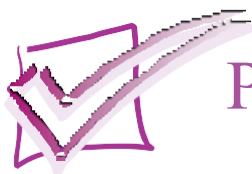
Jak screeningové nástroje používat

- Zvolte si nástroj, který nejlépe vyhovuje vašemu stylu práce.
- Na užívání návykových látek se dotazujte neodsuzujícím a vstřícným způsobem.
- Vyzdvihněte pozitiva abstinence a nabídněte pacientce pomoc s jejím dosažením.
- Buďte informovaní o specializovaných pracovištích, kam lze pacientku poslat na další vyšetření.

Příklad screeningu: T-ACE

- Jaké množství alkoholu potřebujete, abyste se dostala „do nálady“? (**T**olerance)
- Rozčiluje vás, když někdo jiný vaše pití kritizuje? (**A**nnoyed)
- Cítíte někdy potřebu své pití omezit? (**C**ut)
- Napila jste se někdy hned po ránu, abyste se uklidnila a zbavila kocoviny? (**E**ye-opener)

(Sokol et al. 1989)



PROBLÉM

„Nikoli v mé praxi.“ Toto tvrzení vystihuje přesvědčení mnoha poskytovatelů zdravotní péče, pokud jde o výskyt domácího násilí, HIV a užívání návykových látek mezi jejich pacienty (Schwartz, 1993). Všichni se shodnou, že tento problém existuje, ale nikoli v jejich praxi. V důsledku toho jsou dotazy na užívání alkoholu a drog v rámci prenatální péče často opomíjeny.

Za současné finanční situace chce jen málokdo slyšet o dalším problému, kterému by se v rámci poskytování zdravotní péče měla věnovat pozornost. Čas připadající na jednoho pacienta se zkracuje a úspěšnost praxe se měří optimalizací nákladů stejně jako zdravím pacientů. Přitom zájem o možné problémy v oblasti užívání návykových látek v těhotenství je oblastí, která může mít pozitivní vliv jak na zdraví pacientek, tak na snižování nákladů. Cílem vzniku tohoto manuálu bylo poskytnout poskytovatelům prenatální péče základní informace a dovednosti, jejichž prostřednictvím budou schopni úspěšně odhalovat užívání alkoholu a drog u svých pacientek, uplatňovat postupy směřující k ochraně zdraví matky a novorozence a současně snižovat finanční a zdravotní zátěž související s užíváním návykových látek v těhotenství.

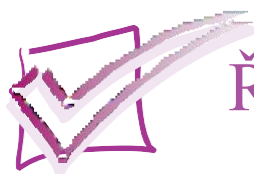
K užívání alkoholu, resp. drog dochází u 5-10 % žen v plodném věku, přičemž tento výskyt je rovnoměrně rozložen napříč všemi etnickými, geografickými a socio-ekonomickými skupinami (Stratton et al., 1996; Chasnoff et al., 1990). Užívání alkoholu nebo drog během těhotenství představuje mnohá rizika jak pro matku, tak pro dítě. Pití alkoholu se pojí s fetálním alkoholovým syndromem (FAS), resp. fetálním alkoholovým efektem (FAE), který se projevuje neurologickými poruchami a tělesnými anomáliemi. FAS a FAE postihují každoročně až 30 000 novorozenců (Abel a Sokol, 1991).

Užívání kokainu a cracku přispívá k mimořádně předčasným porodům a možným dlouhodobým poruchám centrální nervové soustavy. Podle odhadů se ve Spojených státech každoročně narodí 91 500 až 240 000 dětí, které byly během těhotenství vystaveny kokainu (GAO, 1990; Gomby a Shiono, 1991). Užívání opioidů může u novorozenců způsobit fyzickou závislost, která při porodu vyžaduje intenzivní lékařský zásah. Užívání návykových látek také často přispívá k nižší porodní hmotnosti a riziku větších poporodních problémů, mezi něž patří nepřibývání na váze, abrupce placenty nebo HIV.

Poslední celostátně citované odhady hovoří o tom, že nějakou nelegální drogu užije během těhotenství 5,5 % všech gravidních žen (National Pregnancy and Health Survey, 1996). Užívání drog a alkoholu mezi těhotnými ženami zůstává často neodhaleno a není léčeno. Užívání návykových látek se navenek nemusí nijak výrazně projevovat. Těhotné ženy užívající drogy nebo alkohol se nemusí vyznačovat týmiž stereotypními příznaky, které bývají patrné u starší nebo dlouhodobě užívající populace. V rámci studií realizovaných v Boston City Hospital na konci 70. let 20. století bylo zjištěno, že intenzivní uživatelky alkoholu nedodržovaly dohodnuté termíny, neregistrovaly se včas k prenatální péči nebo nechodily střízlivé o nic častěji než pacientky, které návykové látky neužívaly. Byly však o něco vyššího věku a častěji užívaly ještě další návykové látky a kouřily cigarety (Rosett et al., 1983). Při dřívějších studiích zaměřených na užívání alkoholu u pacientek v prenatální péči bylo zjištěno, že klinický personál žádné užívání alkoholu u svých pacientek neuváděl, i když podle výsledků screeningu ve skutečnosti 9-11 % z nich pilo alkohol v míře odpovídající rizikovým hodnotám (Rosett et al., 1983; Sokol, 1980; Larsson, 1983).

Adiktologové odhadují, že v raných fázích intenzivního užívání si je až 90 % všech uživatelů drog a alkoholu schopno zachovat svůj normální životní styl, dodržovat termíny, udržet si práci a vztahy. Je velmi nepravděpodobné, že by dnes některý lékař neměl mezi svými pacienty někoho, kdo má problémy s drogami nebo alkoholem.

Zájem o problematiku užívání nelegálních drog upozorňuje zdravotníky na skutečnost, že závislost je mnohem rozšířenějším jevem, než by se mohlo zdát. Mnozí z nich však stále přesně nevědí, jak rutinně a komfortně identifikovat rizikové ženy a jak jim zajistit účinnou péči.



ŘEŠENÍ

K detekci zneužívání návykových látek byla vyvinuta řada klinických metod. Patří mezi ně krevní testy, toxikologický screening moči nebo kvalifikovaný odhad na základě klinických zkušeností. Krevní testy (např. jaterní profil) mohou odhalit poškození nebo špatnou funkci orgánu, ale pouze u pacientů, kteří užívají dlouhodobě a projevují se u nich sekundární příznaky. Ženy, které návykové látky užívají teprve krátce, se tímto způsobem podaří zachytit jen zřídka. Toxikologické rozborů moči (v reakci na užívání nelegálních drog) jsou sice oblíbené, ale touto formou screeningu lze zjistit pouze relativně nedávné užívání návykové látky (např. kokain lze odhalit do max. 36 hodin od užití) a neposkytuje žádné informace o frekvenci nebo délce užívání. Ženy, které drogy neužíly den nebo dva před předporodní kontrolou, tak budou mít test negativní. U užívání alkoholu jsou testy moči, krve i dechu všechno nespolehlivé indikátory, neboť alkohol se rychle metabolizuje a jen málokdy jej lze detekovat v tělesných tekutinách (Christmas, 1992). Některé uživatelky lze odhalit na základě kvalifikovaného odhadu vycházejícího z klinických zkušeností. Ten však bude značně závislý na přístupu a zkušenostech příslušného zdravotníka. Většinu rizikových žen, které nezapadají do stereotypních šablon, se tak nepodaří pochytit. Nejúčinnější metodou

detekce užívání návykových látek zůstává aplikace screeningového nástroje.

Screeningové nástroje jsou dotazníky určené k individuální administraci pacientům ze strany poskytovatele péče. Nejsou určeny k diagnostice adiktologického problému. Jejich účelem je stanovit, zda u pacienta hrozí problém s alkoholem nebo drogami a zda by nebylo vhodné, aby absolvoval komplexnější specializované vyšetření. V rámci prenatalní péče jsou efektivními screeningovými nástroji takové, které:

- lze administrovat během 5-10 minut
- se užívají plošně u všech pacientek, nejen u těch, u nichž existuje „podezření“ na užívání návykových látek
- lze vhodně zakomponovat do osobní anamnézy standardně odebírané příslušným poskytovatelem péče
- lze během těhotenství administrovat opakovaně, neboť pacientky mohou být sdílnější až poté, co k poskytovateli péče získají větší důvěru
- poskytují příležitost k poučení o problematice užívání alkoholu a drog a pozitivech abstinence v těhotenství

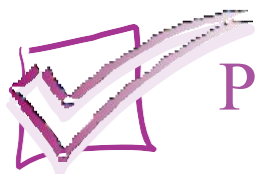
Screeningový nástroj by měl být součástí každého registračního a anamnestického záznamu zpracovávaného v rámci prenatalní péče.

Pokud jsou tyto otázky kladeny v kontextu zdravotní péče každé pacientce, snižuje se tím stigma, které se s tímto tématem pojí, a současně se dává najevo zájem o zdraví matky a dítěte. Stejně jako je průběžný screening na cukrovku rutinní součástí předporodní péče, i dotazování na užívání návykových látek je neefektivnější, aplikuje-li se důsledně a plošně. Na zjištěné problémy lze neprodleně reagovat, čímž se snižuje možnost porodních a poporodních komplikací.

Těhotenství může poskytnout prostor a příležitost k řešení problémů s užíváním návykových látek (Weiner a Larsson, 1987). Může to být také poprvé, kdy daná žena vyhledala pomoc zdravotníků (Woods, 1993). K popírání problému, které hrozí vždy, pokud je osoba dotazována na užívání návykových látek, může během těhotenství docházet méně často. Těhotným ženám jako skupině záleží na zdraví jejich dětí a nemohou již déle popírat, že užíváním alkoholu neškodí jen sobě.

Ženy v úzdavě uvádějí, že během těhotenství měly zájem o pomoc, ale nevěděly, jak si o ni říci (McElaney, 1991). Těhotné ženy uvádějí, že poskytovatele zdravotní péče považují za jeden z nejlepších zdrojů informací a jejich radami se často řídí (Minor a Van Dort, 1982). Prostředí prenatalní péče je tak ideálním místem pro rozhovor o užívání návykových látek.

I ženám, které nemají problémy s užíváním návykových látek, nabízí rutinní screening příležitost k rozhovoru o rizicích užívání alkoholu a drog, zejména pokud jde o případnou konzumaci návykových látek před zjištěním těhotenství. Je také možné hovořit o problémech v oblasti užívání návykových látek u partnera. Nadnesení takového tématu hovorů v obecně nezaujatém prostředí poskytování zdravotní péče bývá pro pacientku signálem, že tyto otázky jsou důležité pro co nejpříznivější průběh těhotenství.



PŘEDNOSTI SCREENINGU

Screening má několik bezprostředních předností:

1. Užívání návykových látek v těhotenství je stavěno jako otázka zásadního významu z hlediska zdraví matky a dítěte.
2. Může být příležitostí k poučení o rizicích alkoholu a nelegálních drog, jakož i o chování, k němuž mohlo docházet před těhotenským vyšetřením.
3. Díky identifikaci žen, jejichž těhotenství je ohroženo tím, že užívají návykové látky,

je možné co nejdříve intervenovat nebo zprostředkovat specializovanou péči.

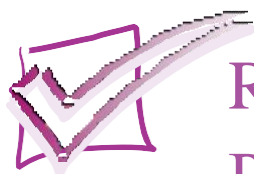
Každá z těchto předností je sice důležitá, ale největším pozitivem je záchyt rizikových žen. O prospěšnosti adiktologické léčby pro matky i jejich děti vypovídají výsledky mnoha studií publikovaných v posledních 20 letech. Například Rosett et al. (1983) zjistili dobrou odezvu na léčbu u žen, které byly v rámci prenatalních vyšetření vyhodnoceny jako intenzivní uživatelky alkoholu. Těm, které absolvovaly alespoň tři poradenská sezení (66 %), se narodily významně zdravější děti a vykazovaly také méně porodních komplikací.

Larsson (1983) a Smith et al. (1986) dospěli k podobným závěrům. Katamnestické studie dětí narozených intenzivním uživatelkám alkoholu s dobrou odezvou na léčbu prokázaly přetrvávající příznivé účinky pozorované při porodu (Larsson, 1985).

Chasnoff (1989) uvádí 50% snížení výskytu abrupce placenty a předčasných porodů u skupiny žen, které během těhotenství omezily užívání kokainu. Mezi skupinou absolvující léčbu nebyla registrována nízká porodní hmotnost, zatímco u žen, které kokain nadále užívaly, se vyskytovala v 25 % případů.

Screening a záchyt matek užívajících návykové látky také významně šetří náklady. Na každý porod dítěte vystaveného kokainu, kterému lze předejít, připadá úspora na léčebných výlohách ve výši přes 5 000 USD. K úsporám může podstatně přispět i snížení míry užívání cracku a dalších návykových látek, ale také méně časté využívání pěstounské péče. Podle dostupných odhadů se na federální úrovni vynaloží na zdravotní péči související s neonatální expozicí kokainu cca 500 milionů amerických dolarů (Phibbs et al., 1991).

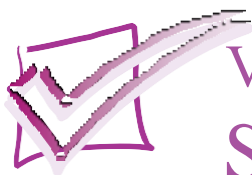
Předcházením fetálnímu alkoholovému syndromu by se dalo ušetřit minimálně 74,6 milionů dolarů, které představují odhadovanou výši ročních nákladů na péči o jedince s touto diagnózou (Abel a Sokol, 1991). 5-10minutový screening následovaný odpovídající intervencí je tak v rámci prenatální péče relativně skromnou investicí, jež se může mnohonásobně vyplatit.



ROLE POSKYTOVATELE ZDRAVOTNÍ PÉČE

Lékaři, zdravotní sestry a další pracovníci podílející se na zajišťování prenatální péče mohou sehrávat při snižování míry užívání návykových látek v těhotenství a souvisejících problémů nezastupitelnou roli. V tomto pozitivním zdravotně orientovaném kontextu může citlivé dotazování na všechny aspekty života pacientky, včetně jejího užívání drog nebo alkoholu, otevřít cestu k další odborné péči a léčbě. Mnohé těhotné ženy své užívání drog, resp. alkoholu omezí v reakci na dobře míněnou radu zdravotnického odborníka, i pokud se k užívání otevřeně nepřiznají (Rosett a Weiner, 1981). Zdravotničtí profesionálové mohou také ženy upozornit na jiná pozitivní aspekty abstinence, např. lepší pocit osobní pohody, tělesné aspekty, mezi něž patří přibírání na váze, nebo zlepšení osobních vztahů.

Všichni zdravotníci disponují základními dovednostmi, na jejichž základě jsou schopni identifikovat rizikové ženy a doporučit je k příslušné léčbě. I když diskuse na toto téma může být pro poskytovatele péče stejně obtížná jako pro pacientky, základní dovednosti vedení rozhovoru, empatie a vstřícnost, poučení o rizicích pokračování nežádoucího chování a popis pozitiv léčby, předání do péče dalších odborníků a následné kontroly se nijak neliší od postupu uplatňovaného při jiných zdravotních problémech. Vše bude záležet na poskytovatelích.



VÝBĚR A POUŽITÍ SCREENINGOVÉHO NÁSTROJE

První otázka, která v souvislosti s prováděním screeningu většinu zdravotníků napadne, je „kde na to vezmu čas?“, po níž následuje „stejně nemá cenu se na to ptát. Nikdo vám neřekne pravdu, protože si to vůbec nepřiznají.“ Najít si čas na jakýkoli další úkon je výzvou pro každého poskytovatele.

Screening většinou zabere relativně málo času – cca 30 sekund u většiny pacientek, které problém s užíváním návykových látek nemají, a 5-10 minut u 10-15 % pacientek, u nichž tento problém existuje. Mnozí zdravotničtí pracovníci zjišťují, že čas věnovaný screeningu ve skutečnosti šetří čas jiným způsobem, ať už zodpovězením otázek, které by mohly vyvstat při jiné příležitosti, nebo zkrácenou dobou péče u pacientky, u níž se podaří předejít porodním komplikacím.

Rutinní screening je úvodem k následnému rozhovoru, a to i přes možné popírání problému ze strany pacientky. Pacientkám, u kterých máte podezření na užívání návykových látek, aniž by vám o tom samy řekly, je důležité stručně vysvětlit, proč je dobré užívání omezit nebo abstinovat. Některé ženy mohou na základě vašich rad vyhledat pomoc nebo užívání samy omezit. Nicméně věty typu „teď když jste těhotná, tak nepijte“ nebo „nepijete ani neužíváte drogy, že?“ mohou mimoděk utvrdit pacientku v popírání problému a vyslat signál, že pokud by teď přestala pít nebo brát drogy, ničemu tím už nepomůže. Účelem screeningu by mělo být iniciování otevřené diskuse o užívání alkoholu a drog.

JAK SE PTÁT A JAK ODPOVÍDAT

1. *Zvolte si přístup, který vám vyhovuje.*

Vyberte si screeningový nástroj, který můžete uplatnit u všech pacientek. Můžete se rozhodnout pro některý z pěti nástrojů, které pro vás uvádíme na konci tohoto dokumentu. Mějte na paměti, že neexistuje žádný jeden dokonalý způsob, jak se ptát, a že jednotlivé nástroje lze přizpůsobit tak, aby vyhovovaly individuálnímu stylu práce.

2. *Buďte nezaujatí.*

Ze zkušeností vyplývá, že pacientek se obecně nijak nedotýká, pokud jsou na užívání alkoholu a drog dotazovány způsobem, který není zaujatý, moralizující nebo výhrůžný, a pokud jsou zdůrazňována zdravotní hlediska a pozitiva omezení alkoholu nebo drog, resp. abstinence. Vzhledem ke zkušenostem, postojům a přesvědčením každého z nás, které ať už vědomě či nevědomě během rozhovoru dáváme najevo, je vždy důležité si uvědomovat a korigovat osobní postoje, které mohou reakci pacientky ovlivnit. V ordinaci nebo klinickém provozu je důležité, aby všichni pracovníci chápali, proč se otázky týkající se užívání návykových látek kladou, a to i ti, kteří se na vlastním rozhovoru nijak nepodílejí. Přispívá to k minimalizaci předsudků, které se následně mohou na pacientky přenášet.

3 *Učiňte adiktologický screening rutinní součástí prenatalní péče.*

Stejně jako se u žen provádí rutinní screening na těhotenskou cukrovku, odpovídající přírůstek na váze, anémii apod., i screening na užívání návykových látek by měl být vnímán jako další nákladově nenáročný způsob poskytování optimální prenatalní péče. Kladení těchto otázek každé pacientce snižuje subjektivitu při rozhodování, u koho by screening měl být proveden a u koho nikoli.

4 *Mějte připraveny odpovědi.*

Připravte se na to, že se pacientka bude ptát, proč jí takové otázky kladete. Buďte obeznámeni s riziky užívání návykových látek a pozitivy abstinence během těhotenství. Připravte si půdu úvodními větami typu: „Tyto otázky kladu všem svým pacientkám, protože je to důležité z hlediska jejich zdraví i zdraví jejich dětí.“ Buďte připraveni poskytnout příslušné ponaučení ženám s negativními i pozitivními výsledky screeningu.

U pacientek s *negativním* výsledkem screeningu (nezjištěno žádné riziko):

- a. Opětovně zmiňte prospěšnost abstinence během těhotenství.
- b. Ujistěte pacientky, že malé množství alkoholu (jeden alkoholický nápoj a méně za libovolné období 24 hodin) požití před kontrolou není důvodem k obavám, že příležitostná konzumace před početím nepředstavuje riziko a že problémem nejsou ani potraviny s obsahem alkoholu (např. punčová zmrzlina nebo rumové pralinky).

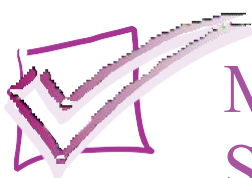
U pacientek s *pozitivním* výsledkem screeningu (zjištěno riziko):

- a. Proveďte rekapitulaci informací, které vám pacientka právě sdělila.
- b. Vyjádřete své obavy o její zdraví a o zdraví jejího dítěte.

- c. Vyjádřete své přesvědčení, že každá matka chce, aby její dítě bylo co nejzdravější, k čemuž může přispět tím, že přestane užívat alkohol a drogy.
- d. Řekněte jí, že by měla v těhotenství přestat užívat drogy, resp. alkohol a že budete společně pracovat na tom, aby se jí to podařilo.
- e. Proberte možné způsoby, jak by mohla s užíváním přestat – např. individuální poradenství, program 12 kroků nebo programy adiktologické léčby.
- f. Navrhněte jí možnost dalšího komplexnějšího vyšetření specialistou. Opatřete si informace o specializovaných službách a terapeutických centrech, abyste byli schopni doporučit optimální řešení. Bude-li to možné, sjednejte pacientce telefonicky termín, dokud je ještě u vás v ordinaci.
- g. Domluvte se s pacientkou na kontrolní návštěvě po absolvování adiktologického vyšetření a průběžně se o tento problém zajímejte. Reagujte pochvalně na jakékoli snížení míry užívání, o kterém se vám zmíní.
- h. Buďte v kontaktu s poskytovatelem adiktologické péče kvůli sledování dosahovaného pokroku.

5 *Buďte pozitivní*

Přestože nikdo nemůže žádné ženě zaručit ideální průběh a výsledek těhotenství, můžete ženy ujistit, že šance na zdraví svých dětí rozhodně zvýší, pokud přestanou brát drogy a pít alkohol. Zdůrazněte, že pozitivní efekt se dostaví ihned, jakmile žena užívání omezí nebo s ním přestane, a že čím dříve bude moci přestat, tím lépe. Nikdy není pozdě.



MOŽNOSTI SPECIALIZOVANÉ PÉČE

Většina nemocnic nabízí programy adiktologické léčby a měly by tak být schopny zajistit vašim pacientkám příslušné vyšetření. Pokud v místě vaší praxe není k dispozici žádný takový program, obraťte se na oddělení adiktologických služeb ve vašem státě (obvykle součást úřadu odpovědného za problematiku veřejného zdraví) s žádostí o doporučení příslušných služeb. Těhotné ženy vyžadují zvláštní terapeutickou péči a nevhodnější tak pro ně budou programy, které tyto požadavky dokáží splnit. Většina států dnes nabízí programy, které jsou speciálně určené těhotným ženám a matkám. Existuje také množství soukromých nemocnic a terapeutů, kteří se zabývají adiktologickou léčbou. Pro ženy, které se rozhodnou tyto problémy řešit, mohou být rovněž zdrojem užitečné podpory

programy na bázi 12 kroků, např. Anonymní alkoholici (kokainisti nebo narkomani). Kontakty na všechny tyto programy lze najít ve Zlatých stránkách.

Pokud žijete v oblasti, kde žádné oficiální terapeutické programy neexistují nebo je velmi obtížné se do nich dostat, můžete tak být pro danou ženu jediným zdrojem pomoci, kterou bude při omezování užívání návykových látek během těhotenství potřebovat. Za takových okolností může být první známkou vaší zvýšené pozornosti a vážnosti situace vyšší frekvence kontrolních návštěv (jednu nebo i dvakrát do týdne, tak jak je tomu u jiných typů rizikových těhotenství). Navrhněte, aby žena v průběhu několika dnů snižovala míru svého užívání každý den vždy o polovinu, dokud nedosáhne abstinence.

Zjistěte, zda její užívání nesouvisí s jinými problémy v jejím životě (deprese, problémy v manželství nebo domácí násilí, sexuální zneužívání nebo fyzické týrání v minulosti apod.), a případně zprostředkujte odpovídající intervence k řešení těchto faktorů. Především ji opakovaně vyjadřujte podporu a ujistěte ji o svém přesvědčení, že je schopná své užívání omezit a udělat tak maximum pro zdraví svého dítěte.



SCREENINGOVÉ NÁSTROJE

Na následujících stránkách uvádíme pět screeningových nástrojů. Byly vybrány z rozsáhlého souboru nástrojů na základě jejich stručnosti, validity, specifity a senzitivity z hlediska odhalování problémů s alkoholem a drogami. Všechny byly ověřovány na populacích těhotných žen. Ačkoli většina screeningových nástrojů zaměřených na zjišťování možných problémů v oblasti užívání návykových látek byla původně určena k dotazování se na užívání alkoholu, do všech nástrojů, které zde uvádíme, je možné dosadit výraz „drogy“ (případně konkrétně uvést návykovou látku, jejichž užívání je předmětem screeningu). Některé z těchto nástrojů obsahují otázky na frekvenci užívání a množství užívané látky, jiné se ptají na problémy spojené s užíváním návykových látek. Otázky je optimální klást při osobním kontaktu v rámci

odebírání anamnézy. Mnohým poskytovatelům se však také osvědčuje provést screening na užívání návykových látek tak, že příslušné otázky zahrnou do přijímacího formuláře vyplňovaného pacientkami a následně se k tématu vrátí při rekapitulaci anamnézy.

Screeningové nástroje jsou uvedeny v abecedním pořadí.

AUDIT

1. Jak často se napijete nějakého alkoholického nápoje?
 - (0) Nikdy
 - (1) Jednou měsíčně
 - (2)
 - (3) 2-4krát měsíčně
 - (4) 2-3krát týdně
 - (5) 4krát nebo víckrát týdně
2. Kolik sklenic alkoholického nápoje si dáte v typický den, kdy něco pijete?
 - (0) 1-2
 - (1) 3 nebo 4
 - (2) 5 nebo 6
 - (3) 7-9
 - (4) 10 nebo více
3. Jak často vypijete šest nebo více sklenic alkoholického nápoje při jedné příležitosti?
 - (0) Nikdy
 - (1) Méně než jednou měsíčně
 - (2) Každý měsíc
 - (3) Každý týden
 - (4) Denně nebo téměř denně
4. Jak často během posledního roku jste zjistila, že jakmile začnete pít, nejste schopna přestat?
 - (0) Nikdy
 - (1) Méně než jednou měsíčně
 - (2) Každý měsíc
 - (3) Každý týden
 - (4) Denně nebo téměř denně
5. Jak často během posledního roku jste nebyla kvůli pití schopna udělat to, co se od vás normálně očekávalo?
 - (0) Nikdy
 - (1) Méně než jednou měsíčně
 - (2) Každý měsíc
 - (3) Každý týden
 - (4) Denně nebo téměř denně
6. Jak často během posledního roku jste se potřebovala hned po ránu napít, abyste byla schopna fungovat poté, co jste toho předešlý den hodně vypila?
 - (0) Nikdy
 - (1) Méně než jednou měsíčně
 - (2) Každý měsíc
 - (3) Každý týden
 - (4) Denně nebo téměř denně
7. Jak často jste během posledního roku trpěla pocitem viny nebo výčitkami svědomí poté, co jste se napila?
 - (0) Nikdy
 - (1) Méně než jednou měsíčně
 - (2) Každý měsíc
 - (3) Každý týden
 - (4) Denně nebo téměř denně
8. Jak často se během posledního roku stalo, že jste si v důsledku konzumace alkoholu nebyla schopna vzpomenout, co se předchozí večer dělo?
 - (0) Nikdy
 - (1) Méně než jednou měsíčně
 - (2) Každý měsíc
 - (3) Každý týden
 - (4) Denně nebo téměř denně
9. Utrpěla jste vy nebo někdo jiný nějaký úraz v důsledku vašeho pití?
 - (0) Ne
 - (2) Ano, ale ne v posledním roce
 - (4) Ano, během posledního roku
10. Vyjádřil někdo z vašich příbuzných, přátel, lékař nebo jiný zdravotník znepokojení nad vašim pitím nebo vám navrhoval, abyste je omezila?
 - (0) Ne
 - (2) Ano, ale ne v posledním roce
 - (4) Ano, během posledního roku

Body jsou uvedeny v závorkách. Celkový skór 8 a více se považuje za pozitivní výsledek screeningu.

„4P“

Užila jste někdy během tohoto těhotenství (**Pregnancy**) drogy nebo alkohol?

Měla jste někdy v minulosti (**Past**) problémy s drogami nebo alkoholem?

Má váš **Partner** nějaký problém s drogami nebo alkoholem?

Řekla byste, že je některý z vašich rodičů (**Parents**) drogově závislý nebo alkoholik?

Tento screeningový nástroj se často využívá k iniciování rozhovoru na téma užívání drog nebo alkoholu. Každá žena, která odpoví kladně alespoň na jednu otázku, by měla být doporučena k dalšímu vyšetření.

Ewing H., Medical Director, Born Free Project, Contra Costa County, 111 Allen Street, Martinez, CA 94553. Telefon: (510) 646-1165

T-ACE

(**Tolerance**) Jaké množství alkoholu potřebujete, abyste se cítila „v náladě“?

(**Annoy**) Rozčiluje vás, když někdo jiný vaše pití kritizuje?

(**Cut Down**) Cítila jste někdy potřebu své pití omezit?

(**Eye opener**) Napila jste se někdy hned po ránu, abyste se uklidnila a zbavila kocoviny?

U každé ženy, která v reakci na otázku týkající se tolerance uvede více než dvě skleničky, připište dva body. Za každou kladnou odpověď na další tři otázky zaznamenejte jeden bod. Skóre o hodnotě dvě a více se považuje za pozitivní záchyt a daná žena by měla být odeslána k dalšímu specializovanému vyšetření.

Sokol, R. J., Martier, S. S., Ager, J. W., 1989. The T-ACE questions: Practical prenatal detection of risk drinking. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 160(4).

TWEAK

(Tolerance) Jaké množství alkoholu potřebujete, abyste se cítila „v náladě“?

(Worry) Vyjadřuje váš partner (nebo vaši rodiče) někdy obavy nebo nevoli v souvislosti s vaším pitím?

(Eye opener) Napila jste se někdy hned po ránu, abyste se uklidnila a zbavila kocoviny?

(Awakened) Stalo se vám někdy, že jste se po předchozí konzumaci alkoholu ráno probudila a zjistila, že si část včerejšího večera nepamätujete?

(Cut Down) Cítila jste někdy potřebu své pití omezit?

Za otázku týkající se tolerance se připisují dva body, pokud žena uvede, že snese více než pět sklenic alkoholu, aniž by usnula nebo ztratila vědomí. Dva body se zaznamenávají za kladnou odpověď na otázku ohledně obav blízkých osob a za každou kladnou odpověď na některou ze tří posledních otázek se připisuje jeden bod. Celkový skóre dvou a více bodů značí, že daná žena užívá alkohol rizikovým způsobem a vyžaduje další specializované vyšetření.

Russell, M., 1994. New assessment tools for risk drinking during pregnancy. *Alcohol Health and Research World* 18(1).

ALKOHOLOVÁ ANAMNÉZA V DESETI OTÁZKÁCH (TQDH)

Pivo: Kolikrát týdně pijete pivo?
Kolik plechovek si dáte při jedné příležitosti?
Vypijete někdy i více?

Víno: Kolikrát týdně pijete víno?
Kolik skleniček si dáte při jedné příležitosti?
Vypijete někdy i více?

Lihoviny: Kolikrát týdně pijete lihoviny?
Kolik skleniček si dáte při jedné příležitosti?
Vypijete někdy i více?

Změnilo se nějak vaše pití během minulého roku?

Každá žena, která uvádí, že vypije jednou týdně nebo častěji víc než čtyři alkoholické nápoje se považuje za rizikovou a vyžaduje další odborné vyšetření.

Weiner, L., Rosett H. L., Edelin, K. C., 1982. Behavioral evaluation of fetal alcohol education for physicians. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research* 6(2).



Bibliografie

Abel, E. L., Sokol, R. J., 1991. A revised conservative estimate of the incidence of FAS and its economic impact. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research* 15(3).

Chasnoff, I. J., Griffith, R., MacGregor, 1989. Temporal patterns of cocaine use in pregnancy. *Journal of the American Medical Association* 261:1741-1744.

Chasnoff, I. J., Landress, H. J., Barrett, M. E., 1990. The prevalence of illicit drug or alcohol use during pregnancy and discrepancies in mandatory reporting in Pinellas county, Florida. *New England Journal of Medicine* 322:1202-1206.

Christmas, J., Knisely, J., Dawson, K., Dinsmoor, M., Weber, S., Schnoll, S., 1992. Comparison of questionnaire screening and urine toxicology for detection of pregnancy complicated by substance abuse. *Obstetrics and Gynecology* 80:750-754.

General Accounting Office. *Drug Exposed Infants: A Generation at Risk*.

Washington, DC: U.S. General Accounting Office, 1990. Publication No. GAO/HRD 90-138.

Gomby, D., Shiono, P. H. 1991. Estimating the number of substance exposed infants. *The Future of Children* 1:17-25.

Larsson, G., 1983. Prevention of fetal alcohol effects: An antenatal program for early detection of pregnancies at risk. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica* 62:171-178.

Larsson, G., Gohlin, A.-B., Tunell, R., 1985. Prospective study of children exposed to variable amounts of alcohol in utero. *Archives of Diseases in Childhood* 60:316-321.

McElaney, L. (producent). 1991. *Straight from the Heart* [videonahrávka]. Cambridge, MA: Vida Health Communications.

Minor, M., Van Dort, B., 1982. Prevention research on the teratogenic effects of alcohol. *Preventive Medicine* 11:346-359.

National Institute on Drug Abuse, 1996. *National pregnancy and health survey: Drug use among women delivering live births*: 1992. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services.

Phibbs, C. S., Bateman, D. A., Schwartz, R. M., 1991. The neonatal costs of maternal cocaine use. *Journal of the American Medical Association* 266:1521-1526.

Rosett, H. L., Weiner, L., 1981. Identifying and treating pregnant patients at risk from alcohol. *Canadian Medical Association Journal* 125:149-154.

Rosett, H. L., Weiner, L., Edelin, K. C., 1983. Treatment experience with problem pregnant drinkers. *Journal of the American Medical Association* 249:2029-2033.

Schwartz, R. H., 1993. Not in my practice [editorial]. *Obstetrics and Gynecology* 82(4).

Smith, I. E., Coles, C. D., Lancaster, J., Fernoff, P. M., Falek, A., 1986. The effect of volume and duration of prenatal ethanol exposure on neonatal physical and behavioral development. *Neurobehavioral Toxicology and Teratology* 8:375-381.

Sokol, R. J., 1980. Alcohol and spontaneous abortion [dopis editorovi]. *Lancet* 2.

Stratton, K., Howe, C., Battaglia, F., eds., 1996. *Fetal Alcohol Syndrome: Diagnosis, Epidemiology, Prevention and Treatment*. Washington, DC: National Academy Press.

Weiner, L., Larsson, G., 1987. Clinical prevention of fetal alcohol effects: A reality. *Alcohol, Health and Research World* 2(4):60-63.

Woods, J., ed. 1993. *Clinical Obstetrics and Gynecology* 36(2):221-222.



MCHB

Maternal and Child Health Bureau



National Center for Education
in Maternal and Child Health

ISBN 1-57285-042-6